
**VANHUKSEN KIVUNHOITOTYÖN TOTEUTUMINEN
VANHAINKODIN OSASTOLLA
HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMANA**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa 15.05.2012

Martina Karawatski-Salmi



FORSSA

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Martina Karawatski- Salmi	Vuosi 2012
Työn nimi	Vanhuksen kivunhoidon toteutuminen vanhainkodin osastolla hoitohenkilökunnan kokemana	
Työn säilytyspaikka	HAMK, Forssa	

TIIVISTELMÄ

Kivut ovat vanhusten yleisimpiä vaivoja. Erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla vanhuksilla päivittäinen ja pitkäkestoinen kipu on hyvin yleistä. Kivunhoidon hoitotyön jatkuvuus on tärkeää. Kivunhoitotyön arviointi ja suunnittelu ovat hoitohenkilökunnalle päivittäisen työn onnistumiseksi hyvin ensiarvoista.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia vanhuksen kivunhoidon toteutumisesta vanhainkodin osastolla. Tavoitteena oli saada tutkimustulosten avulla uutta tietoa osaston kivunhoitotyön toteutumisesta.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen ja aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Opinnäytetyötä varten haastateltiin kuutta hoitajaa erään Lounais-Suomen kaupungin vanhainkodin yhdeltä osastolta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä käyttäen aineiston induktiivista lähestymistapaa. Tuloksista kirjoitettaessa tutkimukseen sisällytettiin hoitajien suoria lainauksia.

Tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan saatiin tietoa siitä kuinka tärkeänä hoitajat pitivät kivunhoitotyön onnistumiseksi hoidon jatkuvuutta ja työyhteisön keskinäistä raportointia kivunhoitotyötä tehtäessä. Kivunhoitotyön kirjaamisessa ja jatkuvuudessa kuitenkin oli osastolla myös parannettavaa. Hoitajat kokivat erityisen tärkeäksi työyhteisön keskinäisen informaation, keskustelun ja kivunhoitotyön kirjaamisen. Näitä aiheita voidaan siten pitää merkityksellisinä jatkotutkimuksen ja kehittämisen kohteina. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää laajemmin, mutta niitä voidaan käyttää pohjana osaston kivunhoitotyötä kehitettäessä.

Avainsanat kivunhoitotyö, vanhus, kipu

Sivut 22 s. + liitteet 3 s.

FORSSA
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse

Author	Martina Karawatski-Salmi	Year 2012
Subject of Bachelor's thesis	How pain treatment is realized according to the nursing staff at a ward of a home for the elderly.	
Archives	HAMK University of Applied Sciences Forssa	

ABSTRACT

Pain is one of the most common ailments of geriatrics. Particularly geriatrics in long-term care very commonly experience daily and continuous pain. It is extremely important to guarantee the continuity of pain treatment. The evaluation and planning of pain treatment are of first-rate value to the nursing staff in order to succeed in their daily work.

The purpose of this Bachelor's thesis was to give an account of the experiences of the nursing staff at a home for the elderly in how pain care treatment was realized at their ward. The objective was to gain new information about this realization through the help of the research results concerning the pain treatment at the ward.

The Bachelor's thesis was carried out using a qualitative research method and the material was collected by theme interviews. For the research six nurses were interviewed in one ward of a home for the elderly in a South-west Finland city. The material was evaluated by means of content analysis using the inductive approach. When writing about the results of the study, the nurses' direct quotations were included.

The results that were obtained from this information stated clearly how important the nurses consider the continuity of the care and the mutual reporting within the work community in order to succeed in giving the pain treatment. Improvements are also needed in how pain treatment is recorded and how the continuity of pain treatment can be guaranteed. The nurses experienced as particularly important the mutual information, discussion and recording of the results of the pain treatment. These experiences can thus be considered meaningful subjects for future research and development. The results of the study cannot be more widely generalized but can only be used as a basis when developing the pain treatment of this particular ward.

Keywords pain treatment, old person, pain
Pages 22p. + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOITO VANHAINKODISSA	2
3	VANHUKSEN KIVUNHOITOTYÖ.....	3
3.1	Vanhuksen kivun esiintymisestä	3
3.2	Vanhuksen kivun tunnistaminen ja arviointi.....	4
3.3	Kivunhoitotyön suunnittelu.....	6
3.4	Kivunhoitotyön toteuttaminen.....	6
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	10
5.1	Tutkimusmenetelmä	10
5.2	Opinnäytetyön toteutus ja kohderyhmä.....	10
5.3	Opinnäytetyön aineiston analysointi	11
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	12
6.1	Vanhuksen kivun tunnistaminen ja arviointi.....	12
6.2	Kivunhoitotyön suunnittelu.....	14
6.3	Kivunhoitotyön auttamismenetelmiä	15
6.4	Kivunhoitotyön onnistumisen arviointi.....	17
7	POHDINTA.....	19
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	19
7.2	Tutkimuksen eettisyys.....	20
7.3	Tulosten tarkastelu	21
7.4	Päätelmät, kehittämis ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	22
	LÄHTEET	24
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Eri tutkimusten mukaan 16–86 prosenttia iäkkäistä kärsii toistuvista kivuista ja 25 prosentilla kipu on jatkuvaa. Krooninen kipu määritellään kivuksi, joka on kestänyt yli 3 kuukautta tai joka ei lakkaa, vaikka kudosaaurio on parantunut. Krooninen kipu huonontaa elämän laatua ja toimintakykyä. (Kivelä & Rähä 2007, 74.) Vanhukset ovat kivunhoidossa haastava ryhmä. Vanhuksilla on kroonisia sairauksia ja niistä johtuvia komplikaatioita kuten myös kipua enemmän kuin nuoremmalla väestöllä. (Kalso 2009, 470.)

Potilaiden kokemuksia kartoittavia tutkimuksia kivunhoidosta on eniten, mikä on käytännön kivunhoitotyön kehittämisen kannalta hyvä lähtökohta. Tulevaisuudessa tulemme tarvitsemaan yhä enemmän tietoa ikääntyneiden kivun tunnistamisesta, kokemisesta, hoitomahdollisuuksista ja auttamiskeinoista, sillä ikääntyneiden määrä kasvaa tulevaisuudessa merkittävästi. (Kauppila, Axelin, Kiuru, Koukkula, Nikula, Onkinen, Ratinen, Rintala-Salminen & Salanterä 2008.) Tämä tuo haasteita hoitotyölle. Krooninen kipu ei näy ulospäin eikä se anna fysiologisia reaktioita kuten akuutti kipu. Tällöin tiedonlähteenä toimii kipupotilas itse. Ainoastaan kysymällä ja käyttämällä erilaisia ja monipuolisia kivun arviointiin liittyviä kyselylomakkeita ja mittareita saadaan tietoa kipupotilaan kivun voimakkuudesta ja sen aiheuttamasta haitasta. Terveystieteiden henkilöstön olisi aika jo uskoa potilaan kertomaan kipuun. (Eloranta 2002.)

Kivunhoitotyö onnistuu paremmin, kun etukäteen mietitään, miten hoitajat toteuttavat kivunhoitotyötä kokonaisuudessaan. Hoitajalta onnistunut kivunhoitotyö edellyttää motivaatiota ja tietoa sekä oikeanlaista asennoitumista kivunhoitotyöhön. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 11.)

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitajien kokemuksia kivunhoitotyön toteutumisesta erään Lounais-Suomen kaupungin vanhainkodin osastolla. Työssä keskitytään hoitohenkilökunnan omiin kokemuksiin. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä vanhusten kivunhoitotyötä kyseisellä osastolla.

2 YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOITO VANHAINKODISSA

Ympäri vuorokautinen hoito on vuodeosastotoimintaa, jossa hoidetaan monisairaita potilaita. Vanhainkodissa pyritään kodinomaisuuteen ja viihtyisyyteen, ottaen kuitenkin huomioon, että työskennellään pitkäaikaishoitotoksessa. Kuten Saikkonen (2008) toteaa, asukkailleen vanhainkoti on virallisesti koti ja henkilökunnalle työpaikka. Vanhainkodissa kunnioitetaan asiakkaan yksilöllisyyttä, työskennellään kuntoutumista tukevalla työotteella, huomioidaan asukkaan omat voimavarat ja yksilöllisyys. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 43) todetaan, että hyvin suunniteltu ja rakennettu pitkäaikaishoivan ympäristö lisää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä toimii kuntoutumista edistävän työn merkittävänä tukena. Esteetön, turvallinen ja viihtyisä ympäristö mahdollistaa itsenäistä suoriutumista lisäämällä fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja kompensoimalla toimintakyvyn rajoitteita. Se tarjoaa myös mahdollisuuksia ja tukea osallisuuteen ja mielekkääseen tekemiseen.

Päätöksen lopullisesta paikasta tekee ylilääkäri, jonka jälkeen potilassiirrostä vastaavat ympärivuorokautisen hoidon sosiaalityöntekijät. Hoitopaikan arviointiin osallistuvat potilas, omaiset, lääkäri, hoitaja ja sosiaalityöntekijä yhteistyössä. Omien hoitopaikkojen lisäksi voidaan ostaa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Ympäri vuorokautisen hoidon periaatteena on pyrkimys säilyttää loppuelämän laatu mahdollisimman hyvänä. Elämän loppuvaiheessa toteutetaan saattohoito.

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen kohteena olevassa vanhainkodissa asukaspaikkoja on 144, joista lyhytaikaispaikkoja on 10. Huoneet ovat kalustettuja yhden hengen huoneita, joissa on oma WC. Halutessaan huoneen sisustusta voi muuttaa omannäköiseksi tuomalla joitakin omia tavaroita.

Osastolla on 10 lyhytaikaispaikkaa sekä 26 paikkaa, jotka on tarkoitettu vakituiseen asumiseen vanhainkodissa. Lyhytaikais- eli intervallipaikkoihin tulee useimmiten asiakkaita, joiden kotona asuminen ja pärjääminen on alkanut huonontua, ja lyhytaikaisjaksolla pystytään myös kartoittamaan asiakkaan tarvetta mm. vanhainkotiasumiseen. Useimmat lyhytaikaisjakson asiakkaista käyvät säännöllisesti vuorohoidossa, joko omaishoitajan loman vuoksi tai hoidonlisätarpeen vuoksi. Tavallisesti lyhytaikaisasiakkaan hoitoaika on 1–4 viikkoa kerrallaan.

Osastolla työskentelee sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia sekä laitosapulaisia. Monesti osastolla on siviilipalvelusta suorittava henkilö sekä työllisyystuella työskentelevä, ei ammattitutkintoa omaava henkilö. Osasto ottaa myös säännöllisesti terveydenhuoltoalan opiskelijoita harjoittelujaksolle.

Sairaanhoitajien päävastuualueena on toteuttaa asiakkaan perus- ja sairaanhoitoa yhdessä lähi- ja perushoitajien kanssa. Kokonaisvaltainen hoitaminen osastolla on moniammatillista työskentelyä koko henkilökunnan kanssa. Osastolla käy säännöllisesti talon oma lääkäri, joka hoitaa pääasiallisesti vakituisen asukkaan asiat ja akuuteissa tilanteissa lyhytaikai-

sasiakkaan lääkintään ja hoitoon liittyviä asioita. Muuten lyhytaikaishoidon asiakas hoitaa omat hoidolliset asiansa omalla terveyskeskuslääkärillään.

3 VANHUKSEN KIVUNHOITOTYÖ

Kipu, varsinkin krooninen kipu eri muodoissaan, aiheuttaa suomalaiselle väestölle ongelmia monella tasolla. Vanhuspotilaat ovat hoitohenkilökunnalle haastava ryhmä, koska heillä on kroonisia sairauksia ja niiden komplikaatioita esiintyy enemmän kuin nuoremmalla väestöllä. (Kalso 2009, 470.) Laitoshoidossa olevilla vanhuksilla päivittäinen ja pitkäkestoinen kipu on erittäin yleistä. Krooninen kipu ei kuulu normaaliin vanhenemiseen. (Palviainen 2005.) Tilviksen (2004a) mukaan vanhuksen kipua voi aiheuttaa joko kudos- tai hermovaurio, ei ikääntyminen itsessään.

3.1 Vanhuksen kivun esiintymisestä

Elorannan (2002) tutkimuksessa todetaan, että kivun moniulotteisuutta kuvaa myös se, että kipua tarkastellaan eri tieteenaloilla eri näkökulmista. Lääketieteen biologinen ihmiskäsitys tarkastelee kipua yleensä pelkästään kliinisenä tai neurofysiologisena ilmiönä. Biolääketiede irrottaa ihmisyksilön, taudin kantajan tai kivun kokijan taustastaan, kun se hoitaa esiintyvää tautia. Nykyään tämä käsitys on korvaantunut ns. biopsykososiaalisella ajattelutavalla. Sen mukaan ihmisen elämänhistoria, tavoitteet, uskomukset, elämäntilanne ihmissuhteineen ja työpaineineen, sosiaaliset ja taloudelliset seikat sekä oppiminen vaikuttavat siihen, minkälaiseksi kipu koetaan. (Estlander 2000, 51.)

Kivut ovat vanhusten yleisiä vaivoja. Monet pitkäaikaisille kiputiloille altistavat sairaudet lisääntyvät iän myötä. Epidemiologisten selvitysten mukaan Suomessa vähintään joka neljäs kotona asuva eläkeikäinen kärsii huomattavista kipuongelmista. Laitoshoidossa joka neljännellä on kipuja, jotka ovat usein vaikeasti tunnistettavissa ja lisäävät heidän hoidontarvettaan. (Janes & Tilvis 2001.) Tutkimuksessaan Finne-Soveri (2001) on tarkastellut päivittäisen kivun esiintyvyyttä pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevilla vanhuksilla neljän eri maan pääkaupungeissa. Päivittäisiä kipuja oli 23,2 prosentilla vanhuksista, ja kivuliaat vanhukset olivat useimmiten yli 75-vuotiaita naispuolisia henkilöitä. Tutkimuksen mukaan kivuista kärsivät useimmiten vanhukset, joilla oli diagnosoitu osteoporoosi, keuhko-kuume, niveltulehdus, masennus, anemia, alaraajojen valtimotauti, syöpä, sydämen vajaatoiminta tai lähellä kuolemaa olevat vanhukset.

Ikääntyvät ihmiset saattavat kokea kivun sekä kertoa siitä eri tavalla kuin nuoremmat aikuiset. Monet vanhukset voivat jättää kertomatta kivuistaan tai vähättelevät sitä. Kivun tunteen kertomatta jättäminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kipua ei olisi. Samassa tutkimuksessa myös todettiin, että vanhukset kertovat kivuistaan hyvin harvoin. (Higgins, Madjar & Walton 2004.) Laitoshoidossa olevilla vanhuksilla todetaan usein siis dementiaa, afasiaa ja depressiota, jotka vaikeuttavat myös omalta osaltaan vanhuksen

kokeman kivun ilmaisuja henkilökunnalle. Vanhuksilla krooninen kipu voi aiheuttaa kiinnostuksen ja keskittymiskyvyn puutetta, unihäiriöitä, psykomotorista taantumaa, kiihtyneisyyttä, ruokahalun puutetta ja masentuneisuutta. (Kalso 2009, 470.) Kivun olemassaolo voi lisätä masennuksen todennäköisyyttä erityisesti niillä vanhuksilla, joilla on kognitiivinen taso alentunut. Kokonaisuudessaan kipu vaikuttaa vanhuksen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, kuntoutumiseen sekä elämänlaatuun. (Horgas & Dunn 2001.)

Vanhuspotilailla, varsinkin niillä, joiden muisti on heikentynyt, kivut voivat laukaista vaikeasti tunnistettavan ja hankalasti hoidettavan sekavuustilan. Pitkäaikaiset tai toistuvat kivut aiheuttavat jatkuvaa tutkimustarvetta ja ovat yleisimpiä hoitoon hakeutumisen syitä. Näitä selviltä näyttäviä yhteyksiä tarkasteltaessa voi vain ihmetellä, miten vähän on näyttöä siitä, että tehokkaalla kivun hoidolla voitaisiin myös vähentää näitä haitallisia seurausvaikutuksia. (Tilvis 2004b.)

Vanhusten hoitamaton kipu aiheuttaa inhimillistä kärsimystä, heikentää elämänlaatua ja toimintakykyä sekä lisää terveyspalveluiden ja hoidon tarvetta ja edesauttaa masennuksen synnyssä. Pitkäaikaishoidossa olevalla vanhuksella on juridinen ja eettinen oikeus saada asianmukaista ja riittävää kivunhoitoa. (Palviainen 2005.)

3.2 Vanhuksen kivun tunnistaminen ja arviointi

Kauppilan (2005) mukaan kivunhoitotyössä sairaanhoitajilla tulisi olla käytettävissään teoreettinen tietorakenne, joka ohjaa hoitotilanteeseen liittyvän tiedon hankintaa ja käsittelyä. Tämä ohjaisi ja avustaisi myös oikeanlaiseen arviointiin. Asiakkaan kivun tunnistamiseksi sairaanhoitajat usein käyttävät myös päätöksenteossa henkilökohtaista, kokemuksen kautta syntynyttä tietoa (Salanterä, Eriksson, Junnola, Salminen & Lauri 2003).

Hoitohenkilökunnan asenteiden on todettu estävän kivunhoitoa. Asenteet voivat myös ilmetä niin, että vaikka potilaan kipua tunnistetaan, siihen ei reagoida ja se ei johda hoitotoimenpiteisiin. Syitä vanhuksen kivunhoidon laiminlyöntiin on useita. Kivun arviointi on hankalaa, koska objektiivisia mittareita ei ole. Kognitiiviset ongelmat, heikentynyt näkö ja kuulo voivat aiheuttaa kommunikaatio-ongelmia hoitohenkilökunnan ja vanhuksen välillä. (Kauppila 2005.)

Hoitajien käsitys potilaan kivusta ja kivun tunteesta syntyy useimmiten potilaan kipukokemuksen ilmaisemisesta eli miten potilas esimerkiksi ontuu, voi hikiä, hieroo kipeää kohtaa, vetäytyy omiin oloihinsa tai kertoo kivustaan. Kipu on jokaiselle subjektiivinen kokemus eikä sen voimakkuutta, laatua ja paikkaa voida mitata niinkään objektiivisesti. (Estlander 2003.)

Kipujen syyt ja niiden intensiteetti ovat vaikeasti selviteltävissä erityisesti kaikkein vanhimmilta ja dementoituneilta potilailta. Muistihäiriöt, van-

huksen omat käsitykset kivun luonteesta ja sen syy-seuraussuhteista sekä kivuliaiden lisätutkimusten ja pahanlaatuisen diagnoosin pelko hankaloittavat arviointia. Sekä potilas että ympäristö ja myös terveydenhuollon työntekijät saattavat pitää kipuja normaaleina vanhuuteen kuuluvina muutoksina. (Janes & Tilvis 2001, 293.)

Salanterä (2006) toteaa, että dementiaa sairastavalla on muistitoimintojen heikentymisen lisäksi myös muita oireita, joita voivat olla pienentynyt sanasto, hymyilyn puute, kyvyttömyys kävellä ilman apua, kyvyttömyys istua itsenäisesti, syömis- ja nielemisvaikeudet, madaltunut tajunnan taso, kyvyttömyys päänn kannatteluun ja katseella seuraamiseen sekä nopea laihduttaminen. Useat dementiaa sairastavan oireet ja käytöksen muutokset saattavat vaikeuttaa yksilön kykyä kertoa ja ilmaista kipuaan ja toisaalta yksilön käyttäytymistä saattaa olla vaikeata tulkita. Esimerkiksi aggressiivinen käyttäytyminen voi olla dementiaan liittyvää tai toisaalta se saattaa olla tapa ilmaista kipua, kun muuta keinoa ei löydy.

Äikään (2005) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan mielestä oli vaikeaa tietää, oliko vanhuksen poikkeavan käytöksen taustalla kipu vai jokin muu tekijä. Tutkimukseen osallistuneista hoitajista suuri osa kertoi, että harvat vaikeasti dementoituneet vanhukset kykenevät itse ilmaisemaan kipuaan tai paikallistamaan sitä. Samassa tutkimuksessa tuli ilmi, että vaikka vanhus ei oma-aloitteisesti kykenisikään kivusta kertomaan, saattaa hän kertoa kivun olemassaolosta siitä häneltä kysyttäessä. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat myös painottivat asukkaan henkilökohtaisen tuntemisen ja yksilöllisyyden huomioimisen tärkeyttä kivun tuntomerkkejä arvioitaessa.

Vanhuksen subjektiivinen kipukokemus on tärkeä ja sanalliset kivunilmaukset tulee huomioida (Sauvola 2004). Salanterän (2006) mukaan aggressiivinen käyttäytyminen voi olla dementiaan liittyvää tai se voi toisaalta olla tapa ilmaista kipua, kun muita keinoja ei löydy. Erityisesti dementoituneilla potilailla myös non-verbaalisia kivunilmauksia (kosketusarkuus, liikkeen varominen, irvistykset, ääntely ym.) tulee tarkkailla. Myös potilaan ja lääkärin asenteet voivat olla esteenä tehokkaalle kivun hoidolle. Ajatellaan, että kipu kuuluu vanhuuteen. (Sauvola 2004.)

Vanhus saattaa luulla, että hoito ei kuitenkaan auta tai siitä tulee riippuvaiseksi. Osa potilaista ei miellä kolotuksia ja särkyjä kivuiksi. Levossa kivuton potilas voi kieltää kivun olemassaolon, vaikka hänellä olisi voimakastakin liikekipua. (Sauvola 2004.) Tutkimuksessaan Äikää (2005) toteaa, että vaikeasti dementoituneiden kivun tunnistaminen ja arviointi sekä kirjaaminen ja kivunhoitotyö kokonaisuudessaan on vielä varsin kirjavaa ja jäsentymätöntä. Pahanlaatuisuuden sekä kivuliaiden lisätutkimusten pelko hankaloittaa kipujen arviointia. Myös omaisten asenteet ja mielipiteet vanhuspotilaan oireista ja niiden hoidosta ovat merkittäviä. (Sauvola 2004.)

3.3 Kivunhoitotyön suunnittelu

Ajantasainen, pätevä hoitosuunnitelma sisältää vanhuksen hoitoon liittyvät keskeiset tiedot siten, että ne ohjaavat hoidon suunnittelua, toteutusta sekä arviointia selkeänä ja helposti ymmärrettävänä kokonaisuutena. Hoitotyön prosessimalli (tarpeen arviointi, diagnosointi, suunnittelu, toteutus, arviointi) auttaa jäsentämään hoitotapahtumien kirjaamista. Asetettujen hoidon tavoitteiden tulisi olla realistisia ja konkreettisia. Kirjaamisen tulee sisältää ydintiedot, jotka on kirjattu tarkasti ja täsmällisesti. (Palviainen 2005.)

Kivunhoitotyön onnistumista auttaa selkeä suunnitelmallisuus. Hoitotyö onnistuu paremmin, mikäli etukäteen on mietitty, miten hoito kokonaisuudessaan toteutetaan, mitä arviointi- ja kivun tunnistamisen apuvälineitä käytetään, mitä hoitotyön auttamiskeinoja käytetään ja miten kivusta kirjaataan, raportoidaan ja kenelle. (Salanterä ym. 2006, 11.)

Hoitaja laatii asiakkaan hoitotyön suunnitelman. Kivunhoidon suunnitelman laatiminen tarkoittaa tavoitteiden sekä hoitomenetelmien asettamista ja laatimista kivunhoidolle. Tutkimuksessa todettiin, että monesti kivunhoidolle ei ole kirjoitettu tavoitetta. (Kauppila 2005.) Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien vanhusten kivun hoidon lähtökohdaksi tulee asettaa yksilöllinen kivun arviointi ja hoito sekä täsmällisesti kirjattu hoitosuunnitelma (Palviainen 2005). Haapaniemen (2009, 37) mukaan potilaan osallistuminen hoitoonsa, kuntoutumiseensa ja tavoitteiden asettamiseensa pidetään erittäin tärkeänä, mutta se toteutuu käytännössä todella harvoin.

Käytännön hoitotyössä on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota entistä enemmän yksilöiden voimavaroihin ja heidän hyvinvointiaan tukeviin tekijöihin. Kivunhoidossa on tärkeää käyttää erilaisia mittareita siitä huolimatta, että kipua on vaikea mitata ja kipu on aina kokijalleen ainutlaatuisia. (Vaajoki 2004.)

3.4 Kivunhoitotyön toteuttaminen

Pitkäaikaisen kivun hoito on prosessi, joka perustuu potilaan ja hoitohenkilökunnan ammattilaisten yhteistyöhön. Pitkäaikaista kipua hoidettaessa tavoitteena on ensijaisesti ylläpitää toimintakykyä tai jopa parantaa sitä. (Salanterä ym. 2006, 12.) Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että iäkkäiden potilaiden kipua ei hoideta riittävän tehokkaasti, olipa sitten kyseessä syöpäkipu tai muusta sairaudesta johtuva kipu. Ongelma koskee erityisesti dementiaa sairastavia henkilöitä, jotka eivät useinkaan osaa ilmaista kipuoireitaan sanoin, vaan kipu saattaa ilmetä erilaisin epäspesifisin oirein. (Kivelä & Rähä 2007, 74.)

Jänis (2009) kertoo tutkimuksessaan hoitotyöntekijöiden arvioivan suurimmaksi osaksi omat kivunhoitotietonsa riittäviksi ja kipuun kiinnitetään tarpeeksi huomiota. Kivun lievitysmenetelminä käytettiin pääasiallisesti lääkehoitoa, asennon muuttamista, rauhoittelua ja puhumista. Tehokaimmat kivunlievitysmenetelmät hoitohenkilökunnan mukaan olivat rau-

hallinen ympäristö, asennon muuttaminen, kädellä hyväily sekä läheisyyden ja turvallisuuden luominen. Emotionaalisen tuen muotoja ovat mm. kuunteleminen, koskettaminen, myötäeläminen, potilaan toivomusten huomioonottaminen, lohduttaminen, rohkaiseminen ja läsnäolo (Kuppelomäki 2002).

Suosituksia hoitotyöhön voi antaa niin, että esimerkiksi huomioi asiakkaan hyvän perushoidon. Käytännön töissä voidaan yksilöllisesti suunnitella asiakkaan hoito esimerkiksi vuodepesu mieluummin kuin suihku, hyvän kipulääkityksen antaminen ennen hoitotoimenpiteitä sekä omahoitajuus. Eloranta (2002) toteaa tutkimuksessaan, että hoidossa pitäisi kasvattaa asiakkaan voimavaroja sekä kannustaa ja luoda turvallisuuden tunnetta. Samaisessa tutkimuksessa pitkäaikaiskipua kokeneet asiakkaat olivat kokeneet erilaista kohtelua. Kivun olemassaoloon olivat vaikuttaneet esimerkiksi, oliko terveydenhuollon henkilökunta uskonut kipuun ja oliko kivulle löytynyt lääketieteellinen syy.

Kivusta kärsivillä vanhuksilla on kivuttomia enemmän vaikeuksia suoriutua arkisista toiminnoistaan, ja sen vuoksi he tarvitsevat enemmän apua päivittäisten toimintojen suoriutumiseen (Äikää 2005). Omahoitajuudella on tärkeä merkitys, koska silloin potilaan henkilökohtainen tunteminen ja vuorovaikutus voi auttaa asiakkaan hoitamista (Kankkunen 2009).

Ikäänsä potilaan lääkehoito on haasteellista mutta hyvän suunnittelun, valppaan potilaan voimien tarkkailun ja kirjaamisen sekä potilaan hoitoon osallistuvien avoimen keskustelun ja hyvän yhteistyön avulla voidaan lääkeshoidolla päästä toivottuihin tavoitteisiin (Ritmala-Castren 2006, 23–24). Eloranta (2002) toteaa tutkimuksessaan, että on syytä aina tarkastaa ja informoida asiakasta, mihin tarkoitukseen lääkettä syödään. On turha tarjota asiakkaalle parasetamolia, jos hän jo syö opioideja. Sauvolan (2004) mukaan eräässä suomalaistutkimuksessa todettiin vain kolmasosan päivittäistä kipua raportoineista vanhuspotilaista saavan lääkärin määräämää kipulääkettä.

Kankkunen (2009) kertoo luennollaan, että on huomioitava lääkkeellistä ja lääkkeetöntä kivun hoitoa. On fyysistä kivun hoitoa eli huomioidaan esimerkiksi hieronnan käyttö, asentohoitoja, lämpö- ja kylmähoitoja sekä myös kognitiivis- behavioraalisia menetelmiä eli esimerkiksi rentoutumista, huomion kiinnittämistä pois kivusta, musiikin kuuntelua ja niin edelleen. Kankkunen toteaa myös, että kipulääkityksessä suositellaan kipulääkityksen aloittamista pienellä annostuksella, ja annostusta lisätään pikkuhiljaa hitaasti mahdollisten sivuvaikutusten ehkäisemiseksi.

Dementiapotilaiden kohdalla tilanne näyttää olevan vieläkin huonompi, heillä kipua havaitaan kognitiivisesti terveitä verrokkeja vähemmän. Lisäksi heidän kipujaan hoidetaan harvemmin lääkkeillä. Valittu ja haluttu kipulääke voi olla riittämätön tai sen aiheuttamat sivuvaikutukset niin voimakkaat, ettei vanhus ole halukas käyttämään lääkettä. (Sauvola 2004.)

Kivunhoidon onnistumiseen vaikuttavat monet tekijät, joten onnistumista voidaan arvioida vuorovaikutuksen, toiminnan, luottamuksen ja ympäristön näkökulmasta. Työyhteisön toimintaan sisältyy yhteistyön edistäminen, ja luottamukseen sisältyy hoitohenkilökunnan tiedot, taidot ja asenteet. (Kauppila 2005.) Motivoitunut ja yhteistyön tärkeyden tiedostava hoitaja omaa hyvät mahdollisuudet kivunhoitotyön onnistumiselle. Pelkkä motivaatio ei riitä, vaan omat tiedot ja taidot tulee pitää ajan tasalla. (Salanterä ym. 2006, 11.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia kivunhoitotyön toteutumisesta vanhainkodin osastolla. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa osaston kivunhoitotyön suunnitteluun, arviointiin ja toteutukseen sekä kehittää osaston kivunhoitotyötä.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

Miten hoitajat kokevat kivunhoitotyön toteutuvan?

Miten hoitajat tunnistavat ja arvioivat vanhuksen kipua?

Minkälaisia keinoja hoitajat käyttävät kivunhoitotyössä?

Miten hoitajat arvioivat kivunhoitotyön onnistumista?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tutkimus tehtiin erään Lounais-Suomen kaupungin vanhainkodin osastolla. Tarkoituksena oli selvittää kivunhoidon toteutumista osastolla hoitohenkilökunnan kokemana.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimuksen ollessa kvalitatiivinen (kts. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 155) tutkimuksen kohdejoukko valittiin tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotantaa käyttäen. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, ja aineisto pyritään kokoamaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta eikä tutkimuksessa tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. (Hirsjärvi ym. 2004, 170–171.)

Aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto, ja jo ennalta tiedetään, että tutkimuksen aihe tuottaa vastauksia monitahoisesti ja moniin suuntiin. (Hirsjärvi ym. 2004, 194–197.) Haastattelu on joustavaa, ja haastattelijalla on mahdollista toistaa kysymys, selvittää ilmauksia ja käydä vuorovaikutuksellista keskustelua haastateltavan kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 43). Tutkimusmenetelmäksi haastattelu sopii, koska vastaus perustuu haastateltavan omiin kokemuksiin ja tunteuksiin. Haastattelu on hyvä, kun halutaan syventää tietoa jostakin asiasta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35.)

Haastattelurungon muodostamat kysymykset laadittiin tutkimustehtävien pohjalta. Haastattelun teemoiksi muodostuivat tutkimuskysymysten kautta seuraavat: miten hoitajat kokevat kivunhoitotyön toteutuvan, miten he tunnistavat ja arvioivat vanhuksen kipua, minkälaisia keinoja he käyttävät kivunhoitotyössä sekä miten he arvioivat kivunhoitotyön onnistumisen.

5.2 Opinnäytetyön toteutus ja kohderyhmä

Teemahaastattelumenetelmällä haastateltiin ammattinimikkeiltään lähi-, perus- ja sairaanhoitajia, jotka työskentelevät osastolla. Haastateltavaksi pyydettiin 6 hoitajaa, jotka oli tarkoituksenmukaisesti pyydetty osallistumaan. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja kysyttiin henkilökohtaisesti halua osallistua haastatteluun. Työkokemusta hoitoalalta haastateltavilla oli keskimäärin 9 vuotta. Jokaisella hoitajalla oli vielä haastattelutilanteessakin oikeus kieltäytyä haastattelusta. Haastatteluun osallistuneille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja jokaiselta haastatteluun osallistuneelta saatiin kirjallinen suostumus haastatteluun. (Liite 3.)

Jokaiselle myös kerrottiin, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti, ja hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Haastattelu paikasta on tehty etukäteen kysely asianosaisilta henkilökohtaisesti kysyen, ja jokaisella oli mahdollisuus antaa haastattelu myös työajan ja -paikan ulkopuolella, niin että anonymiteetti säilyy.

Aikaa varattiin jokaista haastateltavaa kohden 45 minuuttia ja keskimääräinen haastatteluaika oli 25 minuuttia. Haastattelujen kesto vaihteli 16–40 minuuttiin. Haastattelun kesto muuttui myös haastateltavan verbaalinen tapa kertoa aiheesta haastattelijalle. Haastattelut suoritettiin kahta lukuun ottamatta työaikana, rauhallisessa huoneessa, jossa oli mahdollista keskittyä vain olennaiseen, eli haastatteluun. Ympäristö pyrittiin järjestämään mahdollisimman kiireettömäksi. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Haastattelun nauhoittaminen säilyttää keskustelusta olennaiset seikat sekä haastateltavan sanatarkan puheen, äänenkäytön ja mahdollisen tunnelatauksen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 44).

5.3 Opinnäytetyön aineiston analysointi

Koko aineisto käsiteltiin niin, että nauhoitetut haastattelut litteroitiin eli käytiin yksitellen läpi puhtaaksikirjoittaen. Sen jälkeen aineistoa alettiin analysoida sekä tarkoituksellisesti pyrkiä tuottamaan uutta tietoa tutkimuksena olevasta aiheesta sekä vastaamaan kysymyksiin, jotka ovat olennaiset tutkimuksen tehtävistä. Analysointitapaa mietittiin jo aineistoa kerättyä. Aineiston kuvaileminen on analyysin perusta. Aineiston analysointi alkoi teorialähtöisesti teemojen kautta ja jatkui aineistolähtöisesti saatujen haastattelujen pohjalta.

Kuvailu lähtee siitä, että kokemuksia ja ilmiöitä pyritään kuvailemaan laajasti. Aineiston luokittelu luo pohjan haastatteluaineiston tulkinnalle. Pohjan avulla voidaan myöhemmin aineiston eri osia vertailla, yksinkertaistaa ja tulkita. Luokittelu jäsentää tulkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi & Hurme 2000.) Päätelmien teolle voi olla tyypillistä se, että havaintoja ei kerrota sellaisenaan vaan niitä punnitaan kriittisesti, analysoidaan, niiden pohjalta luodaan kokoavia näkemyksiä asioihin eli kehitetään synteesejä pääasioista (Hirsjärvi ym. 2004, 172). Opinnäytetyön tulokset esitetään yläluokittain, jotka tulivat tutkimuskysymysten tema-alueista. Aineistosta tehtyjen pelkistysten avulla muodostui kolme tai neljä alaluokkaa, joista muodostuivat yläluokat. Yläluokkina ovat vanhuksen kivun tunnistaminen ja arviointi, kivunhoitotyön suunnittelu, kivunhoitotyön auttamismenetelmiä sekä kivunhoitotyön onnistumisen arviointi.

Tämän tutkimuksen analysoinnin pohjana käytettiin jo ennalta tehtyä ja suunniteltua haastattelu runkoa. (Liite 1.)

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Vanhuksen kivun tunnistaminen ja arviointi

Kaikki haastateltavat kokivat vanhuksen oman sanallisen viestinnän vanhuksen ja hoitajan välillä olevan ensisijaisen tärkeä tiedonsaantilähde vanhuksen kivun tunnistamisessa. Hoitajat käyttivät kipumittariluokitusta niin, että pysyivät vanhuksen sanallisesti kertomaan kivuistaan 1–10 asteikolla. Tähän tieteenkin vaikutti vanhuksen verbaalinen ilmaisutaito. Varsinaisia kipumittareita osaston hoitohenkilökunnalla ei ollut päivittäisessä käytössä. (Kuvio 1.)

...”hän joko itse kertoo tai kasvonilmeistä”...

...”ihan ensimmäisenä tietysti mitä vanhus kertoo sanallisesti”...

...”jos kykenee itse kertomaan, että sattuu”...

...”saatan kysyä, osaako vanhus sanoa 1–10 väliltä millainen kipu on, onko se kova vai lievä”...

...”ärtymys, tai jopa jos itse kykenee sanomaan että sattuu, kysymällä tieteenkin onko kipuja”...

Hoitajat tunnistivat vanhuksen kipua (kuvio 1) seuraamalla vanhuksen ilmeitä, eleitä, kehon asentoja, ruokahalua, ihon kuntoa, lämpöä ja mielialaa. Mielialaan liitettiin levottomuus, ärtyneisyys ja sekavuus. Kivun arvioinnin mittareiksi nousivat siis suurimpina juuri vanhuksen päivittäinen seuranta.

...”saattaa ilmetä levottomuutena, syömättömyytinä”...

...”ilmeistä, eleistä”...

...”ihosta, iho voi olla kalpea, kylmänhikinen”...

...”levottomuutena, ahdistuksena”...

...”eleitä, ääntelyt”...

...”ei aina oikein saa selville, mikä on”...

...”liikkumisessa aristamisena, ja kosketuksen aristamisena”...

...”kun ovat dementoituneita, eivät osaa välttämättä itse vastata”...

Kaikki haastateltavat kokivat vanhuksen kivun arvioinnin olevan vielä hankalampaa, jos kyseessä on hyvin dementoitunut vanhus. Osastolla suurimmalla osalla vanhuksista on jonkinasteinen ja -laatuinen muistisairaus diagnoosina. (Kuvio 1.)

...”todella ongelmallista muistisairaahan arviointi”...

...”jos kysymys on muistisairaasta, niin silloin arviointi onkin hankalampaa, ja pitää miettiä kaikkea esimerkiksi levottomuutta”...

...”kaikkein ongelmallisinta on, että se kipu on niin henkilökohtaista. Jokainen kokee kivut eritavalla”...

...”se on ongelma, että ymmärtää sen ihmisen kivun tasoa, ei aliarvioi sitä, mutta ei myöskään yliarvioi. Se on todella vaikeaa”...

...”nimenomaan, kun ovat dementoituneita, eivät osaa itse välttämättä vastata”

Haastatteluissa tulee myös hyvin esille, kuinka hoitohenkilökunta pyrkii selvittämään ja arvioimaan vanhuksen kipua. Hoitajat kokevat oman ammattitaitonsa hyvin tärkeäksi kipua arvioidessaan, ja kokevat myös asukkaan henkilökohtaisen tuntemisen vaikuttavan kivunhoitotyön toteutumiseen. (Kuvio 1.)

...”pidän omaa ammattitaitoani arvossa”...

...”arvostan omaa ammattitaitoani”...

...”olen hyvä työssäni, ja arvostan osaamiani taitoja...haluan jakaa myös tietoa muille”...

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kertominen Sanallinen kipu- mittari	Sanallinen viestintä	Vanhuksen kivun tunnis- taminen ja arviointi
Ilmeet Eleet Levottomuus Ahdistuneisuus Ihon kalpeus Liikkumisen aris- taminen Kosketuksen aris- taminen	Fyysisten- ja psyykkisten oireiden havainnointi	
Muistisairaus Dementia Kivuntunteen henkilökohtaisuus	Kivun tunnistamisen vai- keus	
Arvostus	Ammattitaito	

Kuvio 1. Vanhuksen kivun tunnistaminen ja arviointi

6.2 Kivunhoitotyön suunnittelu

Kivunhoitotyötä suunniteltaessa (kuvio 2) nousi tärkeäksi asiaksi kivunhoitotyön kirjaamisen jatkuvuus sekä hoitosuunnitelman päivitys.

...”kirjaamisen tärkeys, mitä on ollut eilen, mitä on tänään”...

Keskusteleminen ryhmässä, työyhteisössä yhdessä ja kirjaamisen tärkeys hoidon onnistumiseksi koettiin hyvin tärkeäksi. Henkilökohtainen vaikuttaminen kivunhoitotyöhön koettiin hyvin suppeaksi. Jokainen hoitajista kokee tiimityöskentelyn tärkeäksi, joten oma henkilökohtainen ajatus kivunhoitotyöstä haluttiin jakaa työyhteisön kesken ja yhteiset pohdinnat kivunhoitotyön onnistumiseksi koettiin tärkeiksi. Kaikki hoitajista tunsivat oman henkilökohtaisen ammattitaitonsa hyvin tärkeäksi havainnoidakseen ja kertoakseen havainnoistaan muille työyhteisön jäsenille. Jokainen hoitaja koki yhteisen tiedonjakamisen pääasiaksi. (Kuvio 2.)

...”ryhmässä, työyhteisössä yhdessä”...

...”suunnittelemme sitä täällä tiiminä”...

...”enemmän tiimityötä täällä meillä”...

...”puhutaan yhdessä, ja muidenkin mielipidettä kysytään. Oletteko huomannut, jne. Minä en koe, että se on pelkästään yksin minun juttuni, eli tiimityötä”...

...”sen pitäisi olla sellaista jatkuvaa, jos on jatkuvaa ja sel- laista ettei se sitten katkea, ja että vanhuksella olisi sitten hy- vä olla”...

...”en oikein usko ...koska se on kuitenkin tiimityöskente- lyä”...

...”yhdessä menetellään”...

...”viemällä asiaa eteenpäin, muille”...

...”sitä että tuon oman mielipiteeni esiin..., keskustellaan yhdessä siitä”...

...”sitä pystyy vaikka kertomaan omia ja työyhteisön havain- toja eteenpäin lääkärille”...

...”yhteistyötä työryhmässä”...

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kirjaamisen jatku- vuus Hoitosuunnitelman päivitys	Kirjaaminen	Kivunhoitotyön suun- nitteleminen
Ryhmä Työyhteisö Tiimityö Keskustelu	Yhteistyö suunnittelussa	
Hyvän olon tur- vaaminen	Jatkuvuuden turvaami- nen	

Kuvio 2. Kivunhoitotyön suunnitleminen

6.3 Kivunhoitotyön auttamismenetelmiä

Vanhuksen kivunhoidon lievitykseksi nousi ensisijaisesti lääkkeellinen ki- vunhoito (kuvio 3).

...”hyvä kipulääkitys, lääkehoito yleensä”...

...”lähtökohta tietenkin se, onko hänellä kipulääkitystä, sen mukaan sitten suunnitellaan, tarviiko lisää... mitä teh- dään”...

...”lääkkeillä, tai vierihoidollakin pystyy sitä ihan lievittämään”...

Kaikki hoitajista kuitenkin nostivat läheisyyden ja läsnäolon tärkeäksi. Kokonaisuudessaan emotionaalinen tuki liitettiin läheisyyteen ja läheisyydeksi ajateltiin vierihoito, kosketus, laatu-aika ja kuunteleminen. (Kuvio 3.)

...”läsnäolo, kosketus, läheisyys, sitten ne lääkkeet”...

...”tietenkin lääkkeet on nyt se ykkönen, millä sitä yleensä lievitetään. Sitten myöskin sillä, että ollaan lähellä, ja pidetään vähän aikaa vaikka kädestä kiinni”...

...”niillä lääkkeillä, mutta sen lisäksi voi olla sellainen lohduttava kosketus ja ehkä sanallisestikin lohduttamalla tai sanomalla”...

...”kosketus...sellainen välittäminen”...

Fysikaalisina auttamismenetelminä käytettiin kylmä-kuumahoitoa sekä hierontaa. Nämä kaikki aihealueet koettiin tärkeiksi lääkehoidon rinnalle avustamaan kivunhoitotyön onnistumista. (Kuvio 3.)

...”sitten voi jossain tilanteessa esim. lämpö lievittää tai kylmä...”

Haasteltavat kokivat myös asentohoidon yhdeksi kipua lievittäväksi auttamismenetelmäksi.

...”just tällanen jos on joku väärä asento, mikä tekee pahaa, niin etsitään joku toinen parempi asento”...

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Hyvä kipulääkitys	Lääkehoito	Kivunhoitotyön keinoja osastolla
Läsnäolo Läheisyys Kosketus Kuunteleminen Keskustelu Lohduttaminen	Emotionaalinen tuki	
Kylmä- kuuma- hoito Hieronta	Fysikaaliset auttamiskei- not	
Parempi asento	Asentohoito	

Kuvio 3. Kivunhoitotyön keinoja osastolla

6.4 Kivunhoitotyön onnistumisen arviointi

Kivun arviointia, suunnittelua ja toteutusta kirjattiin yhteisesti Sosiaali- ja Terveystoimen käyttämään Pegasos-tietojärjestelmään, jonka käyttöön kaikki hoitajat ovat saaneet koulutuksen. Jokainen hoitaja koki järjestelmän tärkeäksi, ja yhteiseksi aiheeksi nousi kirjaamisen tärkeys kivunhoitotyön jatkuvuuden saavuttamiseksi. Kaikki hoitajat nostivat esille hoitosuunnitelman tärkeyden ja että hoitosuunnitelmaa päivitettäisiin tarpeen vaatiessa. Hoitajat käyttivät kivunhoitotyön kirjaamisessa erilaisia komponentteja, jotka nousevat hyvän hoitosuunnitelman kirjaamisesta. Komponentteina käytettiin seuraavia: krooninen kipu, kivun seuranta, kivun esiintyvyys ja erityistä seurantaa vaativa lääkitys. (Kuvio 4.)

...”Pegasokseen, lähinnä kun hoitosuunnitelmassa on komponenttina kipu”...

...”jos se on ilman muuta krooninen kipu, se pitäisi heti laittaa sinne hoitosuunnitelmaan”...

...”kirjaan ne sinne, miten minä ne olen huomioinut... jos edellä oleva on kirjannut, pyrin myös jatkamaan sitä arviointia”...

...”esimerkiksi jos on ollut aamulla kipua, niin onko sitä vielä illalla ja pitäisi kirjata joka kerta sinne onko vai eikö”...

...”kirjaan niin, että katson hoitosuunnitelmasta, jos siellä lukee, että seurataan kipuja, sen perusteella päivittäiseen kirjaamiseen pyrin, että seuran päivittäin hänen kipujaan”...

Ongelmallisena yhteisesti hoitajat kokivat kirjaamisen ja seurannan vähyiden. Jokaisen mielestä enemmän pitäisi laittaa havaintoja päivittäiseen seurantaan. (Kuvio 4)

...”parannettavaa varmasti, että miten esimerkiksi jotkut lääkkeet tai menetelmät ovat toimineet tai eivät ole. Sellaista ei sitten tule niin tarkkaan kirjattua”...

...”mielestäni huonosti kirjataan arviointiin ja seurantaan. Ehkä se arviointi ei ole niinkään huonosti, mutta seuranta on aika huonoa”...

Kivunhoitotyön onnistumisen arvioinnissa (kuvio 4) henkilökohtaisesti ja työyhteisössä koettiin, että jatkuvuudella sekä informaation tärkeydellä muiden kanssa oli hyvinkin suuri merkitys. Keskinäinen keskustelu työyhteisön kanssa myös nousi jälleen suureksi tekijäksi kivunhoitotyön onnistumista arvioitaessa.

...”raportointi, eteenpäin kertominen”...

...”jatkuvuudesta, esimerkiksi jos kirjaan jotain, ovatko muut huomioineet sen”...

...”jatkuvuus sille, että se menee eteenpäin, se tieto”...

...”joskus tosin toivoisi, että saisi nopeamminkin tulosta, mutta välillä tieto kulkee tosi hyvin”...

Haastattelun viimeisenä kysymyksenä annettiin mahdollisuus halutessaan jokaiselle lisätä jotain aihealueeseen liittyvää. Useimmilla nousi aihealueeksi saattohoito ja saattohoidettavan kivunlievitys. Hoitajat kokivat, että saattohoidettavalle ei huomata antaa tarpeeksi ajoissa vahvoja kipulääkityksiä, vaan vasta loppuvaiheessa. Tätä ei kuitenkaan koettu ylitsepääsemättömäksi ongelmaksi, vaan kehittämiskelpoiseksi aihealueeksi työyhteisön keskellä. (Kuvio 4.)

...”hirveän kauan kestää, ennen kuin me edes annetaan saattohoidettaville mitään. Menee liian kauan siihen miettimiseen, aloitetaanko vai eikö, ja paljonko annetaan”...

...”joskus se saattaa olla vähän haastellisempaa, ja välillä tuntuu, että sitä jäädään vähän liian kauan vaan seuraamaan ja odottamaan”...

...”joskus toivoisi, että työyhteisössä olisi enemmän herkkiä korvia tähän kivunhoitoon”...

...”kipu on hirveä, sitä on kauhea kärsiä, emmekä me voi mennä toisen kivun tilalle mittaamaan, että miltä tuntuu. Kyllä siinä on mielestäni hoitohenkilökunnalla kehitettävää”...

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Komponenttien käyttö (kivun laatu, esiintyvyys, krooninen kipu, kivun seuranta) Hoitosuunnitelman päivittäminen Arviointi Seuranta	Hyvä kirjaaminen	Kivunhoitotyön onnistumisen arviointi
Raportointi Jatkuvuus	Tiedonkulun varmistaminen	
Kipulääkityksen riittämättömyys Kipu kärsimyksenä	Saattohoitopotilaan kivunhoitotyön haasteellisuus	

Kuvio 4. Kivunhoitotyön onnistumisen arviointi

7 POHDINTA

Pohdinnassa käsitellään ensin tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Tämän jälkeen tarkastellaan tutkimuksen tuloksia aiempiin tutkimuksiin verrattuna. Lopuksi käsitellään aiheen jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotuksia.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimustulokset on esitettävä niin, ettei yksittäisen ihmisen vastausta voi tunnistaa. Tutkittavalle tulee antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta, mutta annettu tieto ei saa kuitenkaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimustulosten julkaisemisen periaatteena on, että tulokset julkaistaan avoimesti ja rehellisesti. (Vehviläinen-Julkunen 1997, Leino-Kilpi 2003, 290.) Tutkimusta tehtäessä pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta tästäkin huolimatta tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Sen vuoksi tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsijärvi ym. 2004, 226.)

Laadullisessa tutkimuksessa arvioidaan validiteettia eli tutkitaanko sitä, mitä on tarkoitus tutkia (Hirsjärvi ym. 2004, 216). Mahdollisimman kattavalla teemahaastattelurungolla saadaan riittävästi kokemuksia aineiston analysointiin, joka taas osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Koko aineiston luotettavuuteen tulee vaikuttamaan pieni haastateltavien määrä (N=6) ja tutkimuksen tuloksia ei olekaan tarkoitus yleistää, vaan nimeomaan tuloksia voidaan käyttää kyseisellä osastolla kivunhoitotyötä kehitettäessä.

Tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse, ja näin luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia (Eskola & Suoranta 1998, 210). Koko luotettavuutta arvioitaessa tärkeää on huomioida tutkimusprosessin aineistolähtöisyys, johdonmukaisuus, reflektointi sekä tavoiteltavan tiedon laatu, tutkijan vastuullisuus sekä subjektiivisuus (Janhonen & Nikkonen 2003, 154).

Kaikille haastateltaville annettiin saatekirje (liite 2), ja jokainen hoitaja allekirjoitti suostumuslomakkeen osallistumisesta (liite 3). Opinnäytetyössä käytettiin haastattelukysymyksiä (liite 1), jotka oli tarkoituksella mietitty vastaamaan tutkimustehtävien kysymyksiin. Teemahaastattelurunko esitettiin osaston ulkopuolisella hoitajalla ennen varsinaisia haastatteluja, ja esitestauksella varmistettiin, että haastattelurunko on ymmärrettävä ja vastasi tutkimuskysymyksiin.

Yksilöhaastattelun avulla saatiin esille yksittäisen henkilön mielipiteitä ja näkemyksiä (Vilkkä 2005, 158). Haastattelurungon käyttäminen edisti tutkimuksen laatua ja luotettavuutta. Haastattelutilanteessa kysyttiin tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä, jolloin myös edistettiin tutkimuksen luotettavuuden toteutumista. Analysoitaessa voitiin kuunnella uudelleen epäselviksi jääneet kohdat, koska haastattelut oli nauhoitettu.

Haastattelun aikana vastaukset pysyivät hyvin tutkimustehtäviin viittaavissa kysymyksissä, ja ammattitaitoinen henkilökunta ei poikennut aiheesta haastattelujen aikana. Kaikki kysymykset olivat henkilökohtaiseen kokemukseen viittaavia, mutta haastattelija ei kokenut, että haastateltavat olisivat muuntaneet totuutta kertoessaan kokemuksistaan omin sanoin.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Koko tutkimuksen eettisiä kysymyksiä pohdittaessa on huomioitava, että tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Tutkimuksen hyöty on oltava suurempi kuin haitta ja siksi näitä tekijöitä onkin verrattava keskenään. Tutkimuksen on oltava siihen osallistuvalla henkilölle vapaaehtoista ja osallistujilla on oikeus sen keskeyttämiseen milloin tahansa. Vastuu tutkimuksesta on tekijöillä. (Vehviläinen-Julkunen 1997, Leino-Kilpi 2003, 290.)

Tutkimuksen eettisissä kysymyksissä pohditaan tutkimuksen kohteena olevaan organisaatioon liittyviä kysymyksiä sekä tekijän ja tutkimuksen kohteena olevien tutkittavien väliseen suhteeseen sekä aineistoon liittyviä kysymyksiä. Tutkijan ja organisaatioon väliseen liittyy tutkimusluvan saaminen ja tutkittavien suojeleminen asianmukaisesti tutkimuksen aineiston käsittelyssä. Tekijän eettinen vastuu korostuu, koska tutkimus kohdistuu ihmisen henkilökohtaisiin kokemuksiin ja teemahaastattelu vaatii ja edellyttää luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta tekijän ja haastateltavan välillä. (Pelkonen & Louhiala 2002.)

Tutkijan on annettava mahdollisuus anonymiteetin säilyttämiseen, eli tässä tutkimuksessa jokaisella haastateltavalla oli mahdollisuus antaa haastattelu työpaikan ulkopuolella, jotta osallistuminen tutkimukseen ei paljastuisi muille. Jokaiselta hoitajalta on etukäteen kysytty mahdollisuus osallistua tutkimukseen sekä ilmaista halukkuutensa haastattelupaikasta.

Tutkimusaineistoa ei luovutettu missään vaiheessa tutkimuksen edetessä ulkopuolisille, ja kaikkia saatuja tutkimustuloksia käytettiin vain tässä opinnäytetyössä. Koko prosessin päätteeksi kaikki saadut nauhoitukset ja kirjalliset tuotokset hävitetään polttamalla tai silppuamalla opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

7.3 Tulosten tarkastelu

Osaston hoitohenkilökunta kokee, että vanhus ilmaisee kivuntunnettaan erilaisin tavoin, ja yhtenä ongelmana koetaan vanhuksen mahdollinen muistisairaus, kykenemättömyys kivun tunteen ilmaisemiseen. Vanhuksen kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa fyysisten- ja psyykkisten oireiden havainnointi oli ehdottoman tärkeää. Viestintä vanhuksen ja hoitajan välillä nousi ensisijaisen tärkeäksi tunnistamisen välineeksi.

Tutkimuksessaan Jänis (2009) kuvailee, että kivun kokeminen on subjektiivista. Jokaisella yksilöllä on oma tapansa kokea ja tiedostaa kipua. Kivun yksilöllinen tunteminen tekee siitä haasteellisen. Vielä ei ole olemassa sellaisia menetelmiä, jotka tyhjentävästi tai edes välttävästi kuvaisivat ja selittäisivät sitä, mitä yksilö aistii tai kokee, kun hän tuntee kipua. Opinnäytetyössä tulee hyvin esille, kuinka hoitohenkilökunta pyrkii selvittämään ja arvioimaan vanhuksen kipua. Hoitajat kokevat oman ammattitaitonsa hyvin tärkeäksi kipua arvioidessaan, ja kokevat myös asukkaan henkilökohtaisen tuntemisen vaikuttavan kivunhoitotyön toteutumiseen.

Palviaisen (2005) tutkimuksessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien vanhusten kivunhoidon lähtökohdaksi tulee asettaa hyvin kirjattu ja suunniteltu hoitosuunnitelma. Tämän opinnäytetyön tuloksina saatiin samaan viittaavia kokemuksia. Kirjaamisen systemaattinen käyttö edesauttaa osastolla tapahtuvaa kivunhoitotyön toteutumista. Kirjaamisen jatkuvuus ja jokaisen vanhuksen hoitosuunnitelman päivittäminen säännöllisesti olivat hoitajien kokemusten mukaan toteutettavissa.

Kuten Jänis (2009) tutkimuksessaan toteaa, hoitotyön lähtökohtana on yksilön auttaminen hänen lähtökohdistaan käsin. Toimivan hoitoyhteisön edellytyksiä on moniammatillinen kivun hoidon yhteistyö, johon yhteiskunnan tulee tarjota mahdollisuudet. Osastolla työskentelevät hoitajat kokivat ryhmätyöskentelyn, ja työyhteisössä keskustelun oman työn onnistumisen kannalta hyväksi asiaksi. Jokainen hoitajista halusi jakaa oman osaamisensa työyhteisön, eli ryhmän kesellä. Tämän tutkimuksen tuloksissa näkyy samansuuntaista tulosta, kuin aiemmissakin tutkimuksissa eli yhteisen suunnittelun tärkeys vanhuksia hoidettaessa.

Haastateltavat kertoivat kivunhoitotyön auttamismenetelminä osastolla ensisijaisesti lääkehoidon, emotionaalisen tukemisen, fysikaaliset hoitokeinot. Myös Elorannan (2002) ja Jäniksen (2009) tutkimuksissa nämä aihealueet olivat mainittuina moneen otteeseen. Henkilökohtainen vaikuttaminen osastolla oli hoitajien mielestä vähäistä, mutta yhteistyö nousi tässäkin aihealueessa tärkeäksi. Oma ammattitaito ryhmässä jaettiin monipuolisesti jokaiselle hoitajalle.

Kivunhoitotyön onnistumisen arviointiin hoitajat kokivat jatkuvuuden tärkeyden korostamista. Hoitotyön toteutumisen kannalta, jatkuvuus koettiin koko haastateltavien joukossa tärkeäksi, jotta kivunhoitotyö toteutuisi. Jokainen hoitaja koki oman tietotaitonsa hyväksi arvioimaan vanhuksen kivun hoitotyön onnistumista. Myös Jänis (2009) toteaa omassa tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan taidot hyväksi, ja riittäviksi arvioimaan kivun hoitotyön onnistumista. Kirjaamisen tärkeys kokonaishoidon onnistumiseksi oli tärkeää, kuten aiemmissa tutkimuksissa (Eloranta 2002, Jänis 2009).

7.4 Päätelmät, kehittämis ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella saatiin tietoa osaston kivunhoitotyön toteutumisesta hoitohenkilökunnan kokemana. Osaston hoitotyötä kehitettäessä opinnäytetyötä voidaan käytännössä hyödyntää. Opinnäytetyön lähtökohtana pidettyä kivunhoitotyön toteutumista hoitajien kokemana osoittautui tulosten perusteella oikeaksi, koska on tärkeää saada myös tietoa hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että hoitohenkilökunta kokee kivunhoitotyön tärkeänä ja merkittävänä asiana hoitaessaan vanhusta. Hoitavan henkilön ja vanhuksen välinen suhde on merkityksellinen kivunhoitotyön onnistumiselle, sekä yhteistyö hoitohenkilökunnan välillä on keskeinen tekijä arvioitaessa kivunhoitotyön toteutumista.

Tutkimuksen tulosten mukaan voidaan suositella, että hoitohenkilökunta saisi lisää tietoa saattohoitoa toteuttaessa. Hoitohenkilökunnalle on annettava mahdollisuus osallistua aiheeseen liittyviin koulutuksiin.

Toisena kehittämis ehdotuksena voidaan kehittää kivunhoitotyön jatkuvuuden suunnittelua. Edistettäisiin sitä, että tieto siirtyy eteenpäin. Esimerkiksi osastolla voitaisiin keskustella yhteisesti esille nousseista oleelli-

sista asioista. Hyvän kivunhoitotyön onnistumiseen tarvitaan hyvä hoitosuunnitelma, sen päivittäminen säännöllisesti ja kivunhoitotyön kirjaaminen. Hoitosuunnitelman säännöllinen päivittäminen voi olla yksi kehittämisaihe.

Hyvän ja laadukkaan kivunhoitotyön lähtökohtana on kivun tunnistaminen ja kivunhoitotyön onnistumisen arviointi. Hoitotyöntekijöillä tulee olla vastuu vanhuksen kivun hoidosta ja kivunhoitotyön kehittämisestä. Kivun tunnistamisen arviointi edellyttää erilaisten arviointimenetelmien soveltamisen yksilöllisten tarpeiden mukaan vanhuksen kivun hoidossa ja kivunhoitotyössä.

Jatkossa voisi selvittää kivunhoitotyön kirjaamista ja kivunhoitotyön kirjaamisen jatkuvuutta.

LÄHTEET

- Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Gummerus.
- Estlander, A-M. 2000. Tule toimeen kivun kanssa. Hyvä terveys 1, 50–53.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Helsinki: WSOY.
- Finne-Soveri, U.H. 2001. Daily Pain in Institutional Long-term Care. A Study of Observational Pain Using Minimum Data Set 1.0. University of Helsinki. Department of Medicine. Academic Dissertation. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Helsinki.
- Haapaniemi, H. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämässä sairaanhoitajien näkökulmasta. Hoitotiede 21 (1), 34–44.
- Higgins, I., Madjar, I. & Walton, J.A. 2004. Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership. Journal of Nursing Management 12 (3), 167–173.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Horgas, A-L. & Dunn, K. 2001. Pain in Nursing Home Residents. Comparison of Residents Self-Report and Nursing Assistants Perceptions. Journal of Gerontological Nursing 27 (3), 44–53.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2008: 3.
- Janes, R. & Tilvis, R. 2001. Vanhusten kipu. Teoksessa: Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). Geriatria. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy. 293–306.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Jänis, P. 2009. Puhumattoman kehitysvammaisen ihmisen kivun arviointi ja hoito. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kankkunen, P. 2009. Muistisairaahan ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Kuopion yliopisto. Gerontologisen hoitotyön koulutuspäivät 29.09.2009 Lahti. Viitattu 01.10.2010

Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa: Kalso, E. Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. Kustannus oy Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 470–475.

Kauppila, M. 2005. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kivunhoitotyön prosessi. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kauppila M., Axelin A., Kiuru M., Koukkula R., Nikula S., Onkinen K., Ratinen P., Rintala-Salminen T., & Salanterä S. 2008. Suomalainen hoitotieteellinen kipututkimus. Kivunhoitotyö. Kipuviesti 2/ 2008, 38–40.

Kivelä, S-L. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Lääkelaitos.

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen- sairaanhoitajien näkökulma. Hoitotiede 14 (3), 19–28.

Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa: Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WS Bookwell Oy. 284–296.

Palviainen, J. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten kivun hoidon kirjaaminen. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Pelkonen, R. & Louhiala, P. 2002. Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa: Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (Toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus Kirja. Tampere: Tammer- paino. 126–136.

Ritmala- Castrén, M. 2006. Ikääntyneiden lääkehoidon haasteet. Sairaanhoitaja 79 (5), 23–24.

Saikkonen, M. 2008. Dialogisuus vanhainkodin dementia osastolla. Tampereen Yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityönlaitos. Pro gradu -tutkielma.

Salanterä, S. 2006. Vaikeaa dementiaa sairastavan vanhuksen kivun arviointi. Kipuviesti 2/ 2006, 39–40.

Salanterä, S. Eriksson, E. Junnola, T. Salminen, E-K & Lauri, S. 2003. Clinical judgement and information seeking by nurses and physicians working with cancer patients. Psycho-Oncology 12, 280–290.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Sauvola, A. 2004. Vanhusten kivunhoito. Oulun yliopisto /OYS. cc.oulu.fi/~sisawww/esit/041202.htm. Viitattu 25.1.2012.

Tilvis, R. 2004a. Muuttuuko kipu ihmisen vanhetessa? Suomen lääkärilehti 59 (36), 3265–3267.

Tilvis, R. 2004b. Teema: Kipu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2004;120(2):223–227.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Vaajoki, A. 2004. Aikuisten nivelreumakipu- kärsimyksen vai hyvinvoinnin tunteita? Hoitotiede 16 (2), 32–42.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY. 26–31.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusyhtiö Tammi. Helsinki.

Äikäs, N. 2005. Dementoituneiden vanhusten kivun tunnistaminen ja arviointi: haaste hoitotyöntekijöille. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

LIITTEET

LIITE 1

TEEMAHAASTATTELUN KYSYMYKSET

1. Koulutus
—
2. Työkokemus hoito- alalta, vuosina?
—
3. Miten tunnistat vanhuksen kipua?
Miten se saattaa ilmetä?
4. Miten arvioit kipua?
Mikä mielestäsi on ongelmallista kivun arvioinnissa?
5. Miten suunnittelet kivunhoitotyötä?
—
6. Miten lievität vanhuksen kipua?
—
7. Minkälaisia kivunhoitotyön menetelmiä käytetään työyhteisössäsi?
—
8. Miten voit henkilökohtaisesti vaikuttaa osastolla vanhuksen kivunhoitotyöhön?
—
9. Miten arvioit oman kivunhoitotyön onnistumisen?
—
10. Miten arvioit kivunhoitotyön onnistumista työyhteisössäsi?
—
11. Miten sinä kirjaat, työyhteisössäsi kirjataan kivun arviointiin, kivunhoitotyön suunnitteluun ja toteutukseen liittyvät asiat?
—
12. Onko jotakin muuta, mitä haluaisit aiheeseen lisätä?

LIITE 2

Saatekirje

Saate teemahaastatteluun osallistuvalla hoitajalle

Hei!

Opiskelen Hämeen Ammattikorkeakoulun Forssan yksikössä hoitotyön koulutusohjelmassa. Valmistun sairaanhoitajaksi keväällä 2012.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia vanhuksen kivunhoidon toteutumisesta vanhainkodin osastolla. Työssäni haastattelen 6 hoitajaa, jotka työskentelevät Turun Sosiaali- ja Terveystoimessa. Haastattelulla pyrin selvittämään hoitajien kokemana vanhuksen kivunhoidon toteutumisesta vanhainkodin osastolla.

Haastatteluun osallistuvien henkilöllisyyttä ei paljasteta työn missään vaiheessa, siihen osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi halutessaan keskeyttää. Haastattelu nauhoitetaan ja aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Haastattelu suoritettaisiin teille parhaiten sopivana aikana. Haastattelussa on tarkoitus esittää kysymyksiä eri teema-alueista. Toivomuksenamme on saada teiltä vastauksia kokemusten pohjalta.

Kiitos avustanne opinnäytetyöni tekemisessä.

Martina Karawatski- Salmi
martina.karawatski-salmi@student.hamk.fi

LIITE 3

SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun Martina Karawatski- Salmen opinnäytetyöhön liittyvään haastatteluun. Työn aiheena on: Vanhuksen kivunhoidon toteutuminen vanhainkodin osastolla hoitohenkilökunnan kokemana. Suostun myös siihen, että haastattelu nauhoitetaan.

Päivämäärä ja paikka

Allekirjoitus

Nimenselvennys